

Tratamento Combinado de Granuloma Central de Células Gigantes Através de Corticoterapia e Enucleação: Relato de Caso

Combined Treatment of central giant cell granuloma through corticotherapy and enucleation: case report

Leonardo de Freitas Silva^I | Gabriel Gomes Pimentel^{II} | Breno Souza Benevides^{III} | José Lincoln Carvalho Parente^{III} | Jimmy Charles Melo Barbalho^{IV}

RESUMO

O granuloma central de células gigantes (GCCG) é uma lesão com predileção pelo sexo feminino, geralmente antes dos 30 anos, que se apresenta radiograficamente uni ou multilocular, mais frequentemente, em região anterior de mandíbula, podendo causar deslocamento dentário e reabsorção radicular, expansão ou destruição das corticais ósseas. As formas de tratamento incluem ressecção, curetagem, aplicações intralesionais de corticoides, calcitonina, interferon ou uma combinação de técnicas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de GCCG tratado através de injeções intralesionais de triancinolona seguidas de curetagem e ostectomia periférica.

Descritores: células gigantes, granuloma, corticosteroides, triancinolona.

9

ABSTRACT

The central giant cell granuloma (CGCG) is a lesion with a predilection for females, usually before the age of 30, which presents itself radiographically uni or multilocular, more frequent in the anterior mandible. This lesion may cause tooth displacement and root resorption, expansion or destruction of cortical bone. Treatment options include resection, curettage, intralesional injections of corticosteroids, calcitonin, interferon, or a combination of techniques. The aim of this study is to report the case of a patient with CGCG treated by intralesional injections of triamcinolone followed by curettage and peripheral ostectomy.

Keywords: central giant-cell, granuloma, corticosteroids, triamcinolone.

INTRODUÇÃO

O granuloma central de células gigantes (GCCG) ou granuloma reparativo de células gigantes é uma lesão óssea benigna incomum, usualmente encontrada na maxila e mandíbula¹. O GCCG consiste em tecido celular fibroso com múltiplos

focos hemorrágicos, células gigantes multinucleadas e ocasionalmente trabeculado ósseo².

Clinicamente apresenta-se como uma lesão de crescimento lento, indolor e que expande as corticais ósseas; em raros casos é associado com perfuração das corticais e dor local³.

I. Residente de CTBMF do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza-CE

II. Residente de CTBMF do Hospital Batista Memorial, Fortaleza-CE

III. (Cirurgião ou Especialista) e STAFF do serviço de CTBMF do Hospital Batista Memorial, Fortaleza-CE

IV. Professor da Disciplina de CTBMF da Universidade Estadual Do Rio Grande do Norte (UERN) e Mestrando em CTBMF da Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP-UPE

Segundo Lange et al em 2007, o tratamento mais frequente para o GCCG é a curetagem⁴. Alguns autores indicam a ressecção em bloco para as lesões mais agressivas^{4,7}. Entretanto terapêuticas alternativas são utilizadas no tratamento desta patologia como: as injeções intralesionais de corticosteroides, administração de calcitonina, interferon ou a combinação de técnicas^{2,4,5,6,8,9,10}.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente portador de lesão central de células gigantes em região anterior de mandíbula que foi tratado através de injeções intralesionais de corticosteroides associadas à enucleação e comostectomia periférica.

RELATO DE CASO

Paciente F.D.M.S., Sexo masculino, 13 anos, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Batista Memorial com queixa de: “aumento de volume embaixo da língua” com evolução de cinco anos. Ao exame físico apresentava aumento de volume endurecido à palpação na região anterior da mandíbula (Figura 1). A radiografia panorâmica exibiu uma área radiolúcida unilocular bem delimitada em região de sínfise mandibular associada aos elementos dentários 32, 31, 41, 42 (Figura 2). O paciente foi submetido à biópsia incisional tendo diagnóstico histopatológico de lesão central de células gigantes. Logo após foram realizados exames laboratoriais de PTH, fósforo, fosfatase alcalina e cálcio para afastar a possibilidade de outras patologias.

Considerando o tamanho da lesão e a idade do paciente, foram realizadas seis aplicações intralesionais de uma associação de triancinolona solução injetável com anestésico local (proporção um tubete para cada 2ml de triancil), lidocaína com fenilefrina com intervalo de tempo de duas semanas entre cada aplicação. Quatro meses após as aplicações pode-se observar, através de exame de imagem, uma

redução do tamanho da lesão (Figura 3 e 4). Neste momento foi realizada a enucleação da lesão e ostectomia periférica (Figuras 5 e 6). Atualmente o paciente se encontra em acompanhamento ambulatorial de 1 ano, sem queixas funcionais e estéticas ou sinais de recidiva (Figuras 7 e 8).



Figura 1 - A: Aspecto clínico inicial; B: Radiografia panorâmica inicial.

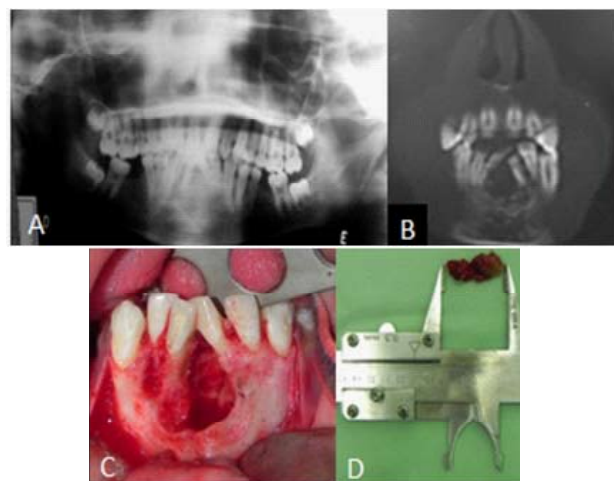


Figura 2 - A: Radiografia panorâmica após 4 meses de aplicações do corticóide; B: Tomografia computadorizada em corte coronal pré-operatória; C: Aspecto clínico após a remoção da lesão; D: Peça cirúrgica.



Figura 3A - A: Aspecto clínico após 1 ano; B: Aspecto radiográfico após 1 ano.

DISCUSSÃO

A natureza do granuloma central de células gigantes ainda não está bem esclarecida^{6,9}. A sua origem tem sido associada ao trauma ou inflamação, sendo caracterizado por alguns autores não

como um neoplasma verdadeiro, mas sim como resultado de uma reação reparativa local^{1,4}. A região anterior de mandíbula tem sido sua localização mais comum, com predileção pelo gênero feminino antes dos 30 anos^{3,4,9}. No caso relatado o paciente era do gênero masculino, 13 anos e não apresentava história de trauma.

Algumas desordens sistêmicas podem apresentar lesões semelhantes ao GCCG, dentre elas destacam-se o tumor marrom do hiperparatireoidismo, doença de Paget, neurofibromatose do tipo I, Síndrome de Ramon, querubismo, síndrome de Noonan, cisto ósseo aneurismático e displasia fibrosa^{1,9}. Todas essas condições devem ser avaliadas clínica e radiograficamente, devendo ser realizados testes laboratoriais dos níveis de cálcio, paratormônio (PTH), fósforo e fosfatase alcalina^{1,9}. Através de uma acurada investigação os autores descartaram a presença de síndromes ou patologias sistêmicas associadas ao GCCG.

O comportamento clínico do GCCG pode variar desde um aumento de volume assintomático de crescimento lento a uma lesão mais agressiva com dor, destruição óssea, reabsorção de raízes dentárias com deslocamentos dentários¹¹. Os achados radiográficos incluem lesões radiolúcidas uni ou multiloculares com graus variados de expansão ou destruição das corticais ósseas¹². O caso relatado está em concordância com a forma menos agressiva do GCCG devido ao tamanho da lesão, o tempo de evolução de cinco anos e ausência de reabsorção das raízes dentárias.

Theologie-Lygidakis et al em 2011, realizaram um estudo com 20 pacientes de cinco a treze anos portadores de GCCG chegando a resultados satisfatórios com tratamento cirúrgico conservador, sem a remoção de grandes tecidos ósseos associados a lesão¹². Rachmiele et al em 2012, advogam que o tratamento cirúrgico conservador associado a aplicações intralesionais de triancinolona é vantajoso para lesões maiores e mais agressivas do

GCCG minimizando a necessidade de extensas ressecções ósseas e a perda de dentes⁹. Abdo et al em 2005, trataram uma paciente de 14 anos com injeções intralesionais de corticosteroides obtendo a regressão completa da lesão sem sinais de recorrência². Nogueira et al em 2010 concluiu que o uso de corticóides é uma terapêutica alternativa para o tratamento do GCCG, mostrando excelentes resultados e total reparação das estruturas ósseas afetadas em muitos casos, evitando mutilação desnecessária dos pacientes⁸. O caso relatado está de acordo com os achados de Rachmiele et al., em 2012, no qual o tratamento consistiu nas aplicações intralesionais de corticóides associados a curetagem da lesão seguida da ostectomia periférica.

Em um estudo realizado por Tosco P. et al., em 2009, dezoito pacientes portadores de GCCG foram submetidos à ressecção em bloco com margem de 5mm, não encontrando sinais de recidiva no acompanhamento médio pós-operatório de 68 meses⁶. Kruse-Losler et al em 2006, encontraram uma taxa de recidiva de 11,5% dos 26 pacientes tratados a partir de curetagem, curetagem seguida de ostectomia periférica e ressecção em bloco, num período de acompanhamento de 9 meses a 12 anos.¹³ Sun Z.J. et al., em 2009, realizaram tratamento cirúrgico em 22 pacientes portadores de GCCG dos quais 3 apresentaram recidiva num período médio de 2,5 anos⁷. Nogueira et al em 2010, realizaram aplicações intralesionais de corticóide em 21 pacientes portadores de GCCG sendo acompanhados de 3 a 8 anos, destes 2 não apresentaram resposta ao tratamento sendo submetidos a ressecção em bloco da lesão, 4 apresentaram resposta moderada sendo necessária a realização de osteoplastia ou curetagem. (8) A maioria das recorrências encontradas na literatura estava associada às formas mais agressivas do GCCG^{7,8,13}. No caso relatado o paciente apresentava a forma não agressiva do GCCG não apresentando sinais de recorrência até o presente momento.

Os tipos de tratamento para o GCCG encontrados na literatura são variados dependendo da forma apresentada pela lesão em cada paciente. As aplicações de triancinolona e a curetagem seguida de ostectomia periférica se mostraram eficazes para esta lesão, evitando a perda de dentes e a criação de grandes defeitos ósseos. A forma não agressiva do GCCG do caso relatado pode ter sido um fator contribuinte para o resultado do tratamento. Embora até este momento o paciente não apresente sinais de recidiva, um período maior de acompanhamento se faz necessário para confirmar o sucesso desta forma terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Üstündag E, Iseri M, Keskin G, Muezzinoglu B. Central giant cell granuloma. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2002; 65: 143–146.
2. Abdo EM, Alves LCF, Rodrigues AS, Mesquita RA, Gomez RS. Treatment of a central giant cell granuloma with intralesional corticosteroid. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2005;43: 74–76.
3. Whitaker SB, Waldron CA, Morgantown W, Atlanta GA. Central giant cell lesions of the jaws. A clinical, radiologic, and histopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;75:199-208.
4. Lange J, Akker HPV, Berg HV. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104:603-615.
5. Kermer C, Millesi W, Watzke IM. Local injection of corticosteroids for central giant cell granuloma: A case report. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1994;23:366-368.
6. Tosco P, Tanteri G, Iaquina C, Fasolis M, Rocchia F, Berrone S, Garzino-demo P. Surgical treatment and reconstruction for central giant cell granuloma of the jaws: A review of 18 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 2009;37: 380-387.
7. Sun ZJ, Cai Y, Zwahlen RA, Zheng YF, Wang SP, Zhao YF. Central giant cell granuloma of the jaws: clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.* 2009;38:903–909.
8. Nogueira RLM, Teixeira RC, Cavalcante RB, Ribeiro SHB. Intralesional injection of triamcinolone hexacetonide as an alternative treatment for central giant-cell granuloma in 21 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010;39: 1204–1210.
9. Rachmiel A, Emodi O, Sabo E, Aizenbud D, Peled M. Combined treatment of aggressive central giant cell granuloma in the lower jaw. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 2012;40: 292-297.
10. Romero M, Romance A, Garcia-Recuero JL, Fernández A. Orthopedic and Orthodontic Treatment in Central Giant Cell Granuloma Treated With Calcitonin. *Cleft Palate–Craniofacial Journal.* 2011; 48:5, 519-525.
11. Stavropoulos F, Katz J. Central giant cell granulomas: a systematic review of the radiographic characteristics with the addition of 20 new cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2003;31: 213-217.
12. Theologie-Lygidakis N, Telona P, Michail-Strantzia C, Iatrou I. Treatment of central giant-cell granulomas of the jaws in children: Conservative or radical surgical approach? *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 2011;39: 639-644.
13. Kruse-Losler B, Diallo R, Gaertner C, Mischke KL, Joos U, Kleinheinz J. Central giant cell granuloma of the jaws: A clinical, radiologic, and histopathologic study of 26 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101:346-354.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Leonardo de Freitas Silva

Av. leovigildoFilgueiras n. 324, apto 301, Garcia,

Salvador-Ba. CEP: 40100000

E-mail: Leonardofreitas86@gmail.com

Fone: (85) 96364996

